Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 2272 de 2003

PLENARIO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - PLENADI

Día Nacional de las Personas con Discapacidad Física
ver exposición

ASOCIACIÓN DE INSTITUTOS DE MEDICINA ALTAMENTE ESPECIALIZADA

Atraso en el pago de prestaciones por parte del FNR
ver exposición

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

Incumplimiento del acuerdo de setiembre de 2003 por parte del MSP
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 9 de diciembre de 2003

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Luis José Gallo Imperiale.

MIEMBROS: Señores Representantes Raúl Argenzio, Daniel Bianchi, Rosario Bueno, Ramón Legnani y Wilmer Trivel.

INVITADOS: Por el Plenario Nacional de Organizaciones de Personas con Discapacidad señores Luis Trucco, Enrique Ramírez y doctor Oscar Vincent.

Por la Asociación de Institutos de Medicina Altamente Especializada, señor Carlos Vallejo, doctor Gustavo Varela y contadores Lucy Martins y Juan Femenías.

Por el Sindicato Médico del Uruguay, doctores Alberto García, Roberto Mantero y Gustavo López.

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Imperiale).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social recibe con mucho gusto a los representantes del Plenario de Organizaciones de Personas con Discapacidad, señores Luis Trucco y Enrique Ramírez y doctor Oscar Vincent. Hoy se conmemora el Día Nacional de las Personas con Discapacidad Física y nos habían solicitado ser recibidos, a fin de reflexionar sobre el alcance de algunas resoluciones, teniendo que cuenta que hoy, además, se cumple el 28º aniversario de la Declaración de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

SEÑOR TRUCCO.- Queremos agradecer a los integrantes de la Comisión el haber accedido a recibirnos. Como decía el señor Presidente de la Comisión, hoy es un día muy especial para quienes estamos relacionados con el área de la discapacidad; y me refiero a aquellos compañeros que tienen discapacidad, a quienes tienen familiares discapacitados, como en mi caso que tengo un hijo de 32 años con discapacidad severa, y por supuesto al compañero doctor Vincent, que es idóneo en esta materia desde hace muchísimos años y siempre ha estado junto a nosotros trabajando en esta área.

Aparte de que hoy es el Día Nacional de las Personas con Discapacidad Física -una vieja aspiración que se concretó en el año 1998 a raíz de un proyecto de decreto elaborado por la doctora Alba Osores de Lanza que se convirtió en la Ley Nº 17.013-, también se cumplen 28 años de la aprobación, por parte de las Naciones Unidas, de la Declaración de los Derechos de las Personas con Discapacidad. En aquel momento el documento fue inédito, porque en él se reflejan los derechos y las obligaciones de las personas con discapacidad en relación con la sociedad. Posteriormente, en el año 1982, esto fue complementado con el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y ahí sí, por capítulos e ítemes, se determinaron las distintas acciones y los objetivos que, fundamentalmente, los Estados deben fijarse y tener en políticas de educación, capacitación, inserción laboral, medio ambiente, previsión social, asistencia social, urbanismo, recreación, etcétera.

El PLENADI consideró necesario hacer una movilización no solo con el aporte de los medios de comunicación -en los que hemos estado presentes en estos días- sino también viniendo al Parlamento. En ese sentido, estamos recorriendo Comisiones de la Cámara de Diputados y del Senado. Ayer vinimos a dos, hoy a tres y mañana vendremos a la Comisión de Educación y Cultura de la Cámara de Representante. Considerábamos que sería un buen aporte tener un relacionamiento con los parlamentarios y dialogar sobre los temas que nos competen.

SEÑOR VINCENT.- Estamos muy contentos de estar con ustedes porque, al fin de cuentas, tenemos un plan común de vida. Sabemos que la salud es un derecho humano y que implica una tarea intersectorial que trasciende el marco sanitario; el área de la discapacidad no es propio de la salud sino que la trasciende en mucho.

En esto uno es un poco autodidacta. Yo entré en esta tarea porque de joven tenía un hermano con una discapacidad severa grave; convivir con electroshocks, shocks insulínicos, comas, etcétera, es una tarea muy dura. Me di cuenta, gracias a mi madre, de que debía ser médico para ayudar mejor a todos. Además, como alumno de escuela escuché a un señor, al maestro Clemente Estable, dar una charla sobre biología y neurobiología y la vida. Ya de entrada me dio una lección de ética. Nos mostró unos huevitos de rana y vimos cómo en pocos minutos se convertían en cuatro, en ocho, en dieciséis, en treinta y dos, etcétera. Nos dijo: "Así crece la vida y así crece el cáncer". Fíjense qué lección de ética para un profesional que sospecha la existencia de una lesión cancerosa e indica al paciente hacerse una biopsia a los tres meses u operarse al año: las células pueden reproducirse por miles y miles.

Luego, de muy joven viví cerca del Clemente Estable y me acerqué nuevamente a él. Hice toda la carrera de investigación básica en el Instituto por cuarenta años y recién me retiré. El brazo derecho de don Clemente dentro del Instituto era yo. Don Clemente salía a las escuelas -todos los profesionales universitarios deberíamos salir a la comunidad- para mostrar el valor de la biología y de la neurobiología. Además, fue el único con título de maestro que dio clases en la Facultad de Medicina. Yo fui el único estudiante que, sin ser maestro, publicaba a nivel internacional y daba clases de neurobiología.

Después de hacer la trayectoria neurológica paralela bajo la égida del profesor Arana -que me dio una gran formación científica- y de haber hecho trabajos interdisciplinarios con Caldeyro Barcia, fui becado al

extranjero y viví dos años en Estados Unidos, en un lugar en el que se dieron dos premios Nobel. Luego volví al Uruguay. Mi hijo mayor -muy pequeño en aquel entonces- me preguntó si los iba a obligar a volver al Uruguay. Yo le dije que podía hacer mucho en el Uruguay y volví con muchas ínfulas. Hice cosas; una de ellas es, por ejemplo, estar sentado acá con ustedes.

Hace 20 años se fundo el PLENADI del cual soy cofundador y así adquirí una formación autodidacta en el tema discapacidad, que debemos incorporar en la Universidad. En Suecia, por ejemplo, a los arquitectos los ponen en sillas de ruedas para que experimenten las barreras arquitectónicas; lo mismo le pasa a un ingeniero, a un abogado, etcétera. El espectro universitario en otros lugares es mucho más amplio y profundo. Acá, gracias a la acción que venimos desarrollando año a año, ustedes se van empapando en el tema y se están dando cuenta de que hay un movimiento en torno a la discapacidad que crece día a día, año a año.

A nivel de los logros y de los no digamos fracasos sino intentos, tenemos la Ley Nº 16.095, que fue votada hace 14 años y está trancada en el Ministerio de Transporte y Obras Públicas. Es un paquete muy lindo pero no está reglamentada y, por lo tanto, casi no se aplica y se desconoce. Tenemos que apresurarnos porque es inaceptable que una ley sobre discapacidad esté 14 años quieta.

Mucha gente en Uruguay vive sola y muchas personas discapacitadas viven solas o con muy pocos amigos, conocidos o vecinos. Nosotros presentamos un proyecto de ley sobre asistente de vida y estamos luchando por su aprobación; creo que ustedes ya le dieron media sanción. La persona que cuida a un discapacitado, si no tiene cuidado se desgasta enormemente y se destruye; a veces muere antes que la persona discapacitada. Es deber del Estado y de las organizaciones no gubernamentales apoyar el proyecto de ley sobre asistente de vida.

Hay otros aspectos importantes. Por ejemplo, en Uruguay nos ufanamos de que tenemos un médico cada 120 o 150 habitantes. Tengo un sobrino que cuando viene acá queda admirado porque cada tres minutos ve pasar una unidad de emergencia móvil. En ese sentido, uno diría que el nivel de atención de la salud en Uruguay es formidable. Hace dos semanas hicimos un precioso congreso en Colonia. La capital tiene 25.000 habitantes y el departamento cuenta con cuatro ciudades de 20.000 habitantes y diez de 6.000. En vez de hacer una diáspora brutal de inmigrantes al extranjero, estoy seguro de que muchos médicos jóvenes podrían trabajar en el interior y rápidamente estar muy bien.

Voy a poner un ejemplo de lo que se puede hacer. En San Gregorio de Polanco nació una nietita mía hace un año y medio. Yo di una charla de diez minutos por la radio y estuve 20 minutos en un programa de televisión, y a la noche, formamos un grupo de autoayuda. San Gregorio de Polanco cumplió hace poco 175 años y parecía que no tenía discapacitados. Hoy en día, luego de un año, con nuestro apoyo en formación y demás, tienen local, gimnasia de rehabilitación, profesor de educación física, fonoaudiólogo, fisiatra y un médico que vive en Tacuarembó. Se trata de una organización no gubernamental pequeña pero muy firme en su trabajo, que trabaja para una población de 3.500 habitantes. Así que si habrá que hacer en el Uruguay, con medios propios y con rehabilitación en la comunidad.

Hace tres años vino por acá el Delegado Mundial de las Naciones Unidas para el Área de la Discapacidad, el señor Berztw, un hombre ciego y muy alto. Fue a la Intendencia de Montevideo e hizo una conferencia de prensa el 31 de enero. Se dio cuenta de cuanta gente de los medios de comunicación estaba presente y dijo: "Visto mi poder de convocatoria, vamos a sentarnos alrededor de la mesa". Éramos menos que hoy; éramos siete. Y charlamos. Al rato le hice una pregunta y me dice: "Esa voz la conozco". Le respondí: "Yo soy el doctor Vincent". Me dijo: "¡Ah; Las Bahamas, 1984". El era el secretario organizador de un congreso al que asistí como delegado con tres compañeros en sillas de ruedas, al que concurrieron 5.000 asistentes. Este hombre me preguntó si podíamos hacer un "tour" por los centros de rehabilitación más importantes de Montevideo. Entonces, lo llevamos al Ministerio de Salud Pública, al PLENADI, a la Comisión Nacional Honoraria, a la Casa de Gardel, a las Fuerzas Armadas y a las mutualistas más importantes del país, como CASMU y La Española. Él en su tarjetita apuntaba todo y antes de irse dijo lo siguiente -como también lo han dicho otros delgados mundiales de la Organización Mundial de la Salud-: "Al Uruguay no hay que darle un dólar. Tiene recursos humanos formidables" -frecuentemente olvidados en el desarrollo del país, como pueden ser las 300.000 o 400.000 personas discapacitadas del Uruguay-, "que podrían dar cátedra a toda Latinoamérica, y hay una capacidad de infraestructura, de centros de rehabilitación incluso deportivos alternando con hospitalarios y mutuales de tanta calidad que podría satisfacer a 20:000.000 de habitantes", o sea, a un país como Holanda.

Esto lo traemos a colación por la Teletón que se hizo días pasados, que ha provocado muchas controversias. El Uruguay tiene recursos brutales en la salud, pero no son aprovechados.

Hay otro proyecto de ley muy importante, el del asistente de vida, que tendríamos que empujar para que sea aprobado. Nosotros planteamos problemas y reivindicaciones, pero también soluciones. Por ejemplo, los grupos más caros de pacientes, que se convierten fácilmente en personas discapacitadas -precisamente lo que nosotros queremos es controlar la discapacidad, que el ciudadano pueda recuperarse, reinsertarse laboralmente y ser útil para él, su familia y la sociedad-, son los oncológicos, los diabéticos, los que tienen SIDA y los neurológicos. Yo manejo muchos pacientes con esclerosis múltiple y con otros tipos de esclerosis, cuyos tratamientos son muy caros. Entonces, el amigo Trucco presentó, a través de FONADIS, un programa de refundición de hierro en todo el país para rematarlo y con eso hacer un fondo -tal como se establece en el proyecto de ley- que financie a estos grupos de pacientes tan costosos, que se vienen abajo porque no se les proporciona la medicación. Se trata de personas que no son discapacitadas pero que llegan a serlo, convirtiéndose, por lo tanto, en una carga para la familia y la sociedad.

Si bien las áreas de la salud y de la discapacidad no se pueden superponer totalmente -el área de la discapacidad desborda al área de la salud en muchos sentidos-, podemos hacer mucho más si trabajamos en conjunto, en pequeñas subcomisiones y con ideas creativas. Porque, ¿quién es el más original y creativo? Aquel que sufre la problemática. Por ejemplo, Jerry Lewis creó una fundación en virtud de que su hijo padecía una miopatía. Acá se han creado una serie de organizaciones con personas que tienen algún vínculo con la discapacidad, como padres o hermanos, y con niños, jóvenes o adultos con discapacidad. También hay cientos de organizaciones no gubernamentales que están trabajando con mucha dificultad. Algunas del interior trabajan con un sacrificio formidable y muchos de los compañeros que se rehabilitaron hoy son médicos, arquitectos y demás.

De modo que en Uruguay tenemos que rescatar nuestros valores y no depender tanto de una ayuda económica extranjera. Tenemos el país más hidrófilo de toda Latinoamérica o del mundo, ¿y quién tiene acceso al agua? Muy poca gente. La hidrogimnasia, que es famosa en Cuba y en otros países, prácticamente no se utiliza porque no existe la infraestructura necesaria. Están las piscinas de los clubes, algunas piscinas municipales -que son todas hondas y no nos sirven-, y en el interior no hay casi ninguna. Entonces, tenemos que reflexionar acerca de cómo recuperar la salud en forma integral con los recursos humanos, ecológicos y naturales que tenemos.

La pasión y la urgencia puestas de manifiesto por muchas personas discapacitadas no significa confusión e histeria sino un mensaje para las autoridades en el sentido de meditar, con la mesura necesaria, para resolver los múltiples problemas de la salud en Uruguay.

SEÑOR RAMÍREZ.- Del 1º al 6 de diciembre se realizó en nuestro país, en el Hotel Columbia, el Primer Encuentro Latinoamericano de personas sordas ciegas. Participaron quince personas de distintos países de América y algunos representantes de la Federación Mundial de Sordos Ciegos, que eran suecos. Se fueron impresionados por la organización del evento, en el que se aprobaron los estatutos. Se dice que nuestra enfermedad es benjamina; es una enfermedad única y severa. Los que concurrieron a este evento quedaron muy impresionados por los trabajos que estamos realizando los uruguayos; realmente estaban sorprendidos de todo lo que hemos hecho con lo poco que ganamos.

Además, se realizó el lanzamiento del análisis precoz de la sordoceguera. En esto necesitamos un apoyo muy grande de parte del Ministerio de Salud Pública para que este análisis precoz se haga en todo el país y no solo en Montevideo, donde se acaba de lanzar. Los médicos referentes son los doctores De Santiago y Rendi y la doctora Forteza, que es pediatra.

SEÑOR TRUCCO.- El doctor Vincent hizo referencia a lo que todos vimos hace poquitos días en la Teletón. En ese sentido, cabe hacer algunas precisiones y aclaraciones.

No es que uno esté en desacuerdo con implantar un centro de rehabilitación pediátrica en nuestro país, aunque, según se nos ha dicho, hoy en día ese tipo de centro grande y fabuloso ya no se estila en otros países, pero vamos a aceptarlo. En la proyección de las promociones, así como durante la transmisión, tuvimos acceso a diversos testimonios no solo de extranjeros sino también de uruguayos. Además, fueron visitados

varios centros de rehabilitación de nuestro país, a los efectos de realizar diversas tomas de alumnos, de chicos, de jóvenes, etcétera. El problema fue que en los medios de comunicación se escucharon palabras muy duras del doctor Amilcar Cagnoli, una de las figuras representativas de esta organización, en el sentido de que este centro iba a ser el único que iba a funcionar en el país y que, si ya había algunos, éste iba a ser serio, dando a entender que los que están hoy no lo son.

Como organización de personas con discapacidad rechazamos totalmente las palabras del doctor Cagnoli, máxime cuando estamos vinculados a instituciones que hacen rehabilitación. Por ejemplo, el Centro de Rehabilitación para Ciegos Tiburcio Cachón, que ha sido ejemplo en Sudamérica. Podemos hablar también de la obra del doctor Caritat en el Pereira Rossell, de instituciones como APRI, la Asociación Nacional Para el Niño Lisiado, es decir, la Escuela Roosevelt, la Escuela Horizonte, la Casa de Gardel, más una cantidad de instituciones en el interior del país que hacen rehabilitación. La Escuela Roosevelt tiene 62 años; no podemos desconocer a nuestras instituciones, que están funcionando con grandes sacrificios para lograr sus objetivos, a veces con problemas en las subvenciones, con recortes del Estado, etcétera. Más allá de todo eso, cumplen una función, cada una según sus objetivos y sus recursos. En consecuencia, no podemos aceptar que se diga que esas instituciones no son serias o que no reúnen las condiciones necesarias.

Parece que para que una institución reúna las condiciones necesarias tendremos que esperar no sabemos cuánto, porque este centro de rehabilitación pediátrica necesita el apoyo de muchísimos dólares más de los recaudados. Yo no sé cuándo lo podrán comenzar a construir en el Prado. Mientras tanto, ¿qué pasa? Según las afirmaciones que hemos sentido, habría que esperar para ir a ese centro a rehabilitarse. ¿Y a los que tenemos hoy los dejamos de lado? Esta es una pregunta que vale la pena formularse.

Creo que estas manifestaciones no fueron nada felices. Además, se filmaron escenas con chicos de la Escuela Roosevelt, en las clases, en la rehabilitación, en la pileta y después se dice que esta institución no es seria. No; no lo podemos aceptar.

Queríamos transmitir esta reflexión a los señores Diputados, porque nos parece que este tema merece la atención de la Comisión en función de los objetivos perseguidos. No queremos hacer dramatismos, pero sí poner las cosas en claro.

SEÑOR LEGNANI.- Tuvimos oportunidad de ver algunas de las actividades que realizan quienes están hoy entre nosotros. La única reflexión que queremos realizar es lo difícil que muchas veces es para estas personas enfrentar situaciones de "handicap", en una sociedad que permanentemente está promocionando al campeón, al ganador y no el reconocimiento de coparticipar de las experiencias vitales. Lo digo porque cada uno, desde su experiencia individual e intransferible, las afronta muchas veces con grandes dificultades. Entonces, no podemos aceptar en silencio que solo es valedero aquel que gana. Todos brindamos nuestro conjunto de aportes, en mayor o en menor grado, y dentro de nuestra capacidad. En la vida todos tenemos bajones; personalmente, el hecho de acercarnos a grupos tan modestos como son los grupos Frater's de distintas localidades del interior y otros grupos de autoayuda nos reconforta porque nos hace sentir el egoísmo de no tener en cuenta las circunstancias vitales que cada uno tiene que vivir.

Solo quería hacer esta reflexión y felicitar a los invitados por su labor que sabemos que, a veces, es muy frustrante porque, precisamente, no es este tipo de valores el que se promociona habitualmente, más allá de circunstancias especiales en que se toman como referente; sin embargo, esa no es una actitud permanente de la sociedad hacia aquellos que se sienten excluidos en una sociedad competitiva.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hemos escuchado con mucha atención e interés las reflexiones que se han formulado. Nos parece que esta visita en una fecha tan emblemática como la conmemoración del Día Nacional de la Persona Discapacitada resulta relevante para esta Comisión.

Los proyectos de ley que se han citado no están a estudio de esta Comisión sino de la de Hacienda; si en algún momento llegan a la nuestra, nos comprometemos a estudiarlos.

Agradecemos su presencia.

(Se retira de Sala la delegación del Plenario de Organizaciones de Personas con Discapacidad)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación de Institutos de Medicina Altamente Especializada)

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a esta delegación de la Asociación de Institutos de Medicina Altamente Especializada integrada por la contadora Lucy Martins, el doctor Gustavo Varela, el contador Juan Femenías y el señor Carlos Vallejo, a los efectos de escuchar sus planteos sobre los atrasos del Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR VALLEJO.- En primer lugar, queremos agradecerles el tiempo que nos van a dispensar, que esperamos sea lo más breve posible.

En segundo término, haremos una breve referencia histórica sobre la situación que mantenemos con el Fondo desde el punto económico y financiero.

Desde 1998 los aranceles de las distintas técnicas que componen la cobertura del Fondo Nacional de Recursos no habían sido ajustados hasta que en marzo de 2002 acordamos conjuntamente con el Fondo y con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, una reducción de los mismos de un 10% a un 13%. En esa misma circunstancia firmamos un acuerdo en el que se incluía esta reducción de aranceles y una paramétrica de ajuste de los mismos durante el período de vigencia del acuerdo, que iba de marzo de 2002 al 31 de diciembre de este año; es decir que está a punto de culminar. Ese acuerdo se cumplió parcialmente en lo que tiene que ver con los ajustes de los aranceles. La paramétrica preveía que los aranceles debían ajustarse en el mismo momento y en el mismo porcentaje que la cuota de las instituciones de asistencia médica colectiva, pero ello no ocurrió en todas las oportunidades. Hoy podemos decir que la evolución de la cuota de las IAMC en ese período ha sido de más de un 24%, el IPC ha estado por encima de un 30% y los aranceles se han ajustado en algo más de un 12%. En los hechos, esto significa que hoy los aranceles del Fondo Nacional de Recursos se sitúen en el mismo nivel que en 1998. Obviamente, todo esto fue discutido y acordado en función de la situación del país y de la salud.

Los IMAE tuvimos que hacer reestructuras internas para adecuarnos a la nueva realidad y para contribuir a viabilizar el Fondo; en definitiva, ese es el objeto que esta Comisión Directiva se ha planteado permanentemente: la defensa del sistema como algo que no existe en ninguna parte del mundo. A ello apuntamos con ese esfuerzo. Las reestructuras mencionadas significaron dentro de la mayoría de los IMAE una reducción del número de puestos de trabajo, de los honorarios médicos y de los salarios del personal.

El Fondo tenía con nosotros una deuda que ascendía a $ 732:000.000 que correspondía al período setiembre de 2001-marzo de 2002. Esa deuda de más de seis meses también fue negociada y acordamos su cobro en sesenta cuotas, de las cuales las primeras veinticuatro no tendrían ningún tipo de interés ni indexación alguna. Todo ello en moneda nacional. Cuando acordamos el pago, la deuda equivalía a US$ 50:000.000 y luego su valor en esa moneda bajó a la mitad: US$ 25:000.000. El Fondo comenzó a pagar las cuotas conjuntamente con las obligaciones mensuales, pero hace algunos meses empezó a atrasarse de nuevo. Como es sabido, de acuerdo con la ley y la reglamentación, el Fondo Nacional de Recursos está obligado a pagar la facturación el último día hábil del mes siguiente a su emisión. Actualmente, tenemos un atraso de una factura entera; estamos a nueve meses de haber acordado el pago de la deuda de $ 732:000.000, el Fondo ha pagado, aproximadamente, de $ 45:000.000 a $ 50:000.000 en las nueve cuotas correspondientes y ha generado una nueva deuda del orden de los $ 140:000.000. En buen romance, esto significa que el Fondo ha pagado de la deuda original un poco más de un 6% y ha generado el equivalente a casi un 20% de esa deuda. Es decir que se ha pagado la deuda en detrimento de los pagos mensuales. Pero esto tiene una explicación que no está vinculada con el Fondo Nacional de Recursos sino con los pagos que debe efectuar el Ministerio de Economía y Finanzas por los pacientes de Salud Pública. Ese es el motivo central del planteo.

Hemos hablado sobre este tema con el doctor Bagnulo y con el contador Sayagués en reiteradas oportunidades y, si bien podemos discrepar en algunos aspectos del funcionamiento del Fondo, en esto no hay un solo capítulo de discrepancia. Estamos totalmente de acuerdo. Hace un mes y medio nos reunimos para ver de qué forma podíamos encarar en conjunto esta situación frente al Ministerio de Economía y Finanzas que debe al Fondo $ 340:000.000, es decir, US$ 12:000.000. Acordamos que el contador Sayagués elaborara una propuesta para ser presentada ante el Ministerio de Economía y Finanzas y así se hizo; la estudiamos, la aprobamos en conjunto y fuimos al Ministerio de Economía y Finanzas donde nos recibió el Subsecretario como Ministro interino porque el economista Alfie no se encontraba en ese momento. Concurrimos por separado, con media hora de diferencia, pero planteamos exactamente lo mismo. El planteo

que hicimos buscaba una solución a este problema y consistía en que los IMAE aceptáramos el equivalente a la mitad de la factura de un mes en documentos o vales previstos en el Decreto No. 184 -que son los que se canjean en la DGI mensualmente- y que el otro 30% el Ministerio lo pagara como complemento de sus obligaciones mensuales. Además, solicitamos que se cumpliera con la facturación mensual porque lo que ha ocurrido en los últimos tiempos es que el Ministerio de Economía y Finanzas siempre ha pagado alrededor de un 80% menos de lo que el Fondo le factura por concepto de los pacientes de Salud Pública. Eso es lo que ha generado esta deuda. También solicitamos que se ajustaran los aranceles -tal como habíamos acordado en el convenio que hoy esta vigente- de acuerdo con la evolución de la cuota de las instituciones de asistencia médica colectiva.

Esta gestión la hicimos con el actual Ministro, con el Subsecretario de Economía y Finanzas y también con el contador Sapolinsky -anterior Subsecretario-, y aunque siempre fuimos muy bien recibidos y muy bien atendidos, lamentablemente salimos con las manos vacías.

En esta oportunidad nos pasó algo parecido. Mantuvimos dos reuniones con el señor Subsecretario, contador Rosa, quien nos manifestó su mejor disposición y quedó en transmitir la situación al señor Ministro. Luego, nos contestó que el Ministerio no estaba en condiciones de celebrar ningún acuerdo con la asociación de los IMAE, que íbamos a ser contemplados en la medida en que la recaudación mejorara, no nosotros porque el Ministerio no nos paga directamente a nosotros, sino el Fondo que es al que le paga en realidad. Como ustedes podrán apreciar, el Ministerio debe $ 340:000.000 al Fondo y este nos debe $ 140:00.000. Quiere decir que el Fondo podría estar en mejores condiciones si el Ministerio de Economía y Finanzas estuviera cumpliendo con sus obligaciones.

En definitiva, esta situación se ha ido tornando insostenible para los IMAE, porque hemos tenido que aceptar los vales de la vieja deuda -ya tenemos una sexta parte nuevamente generada- y, además, el señor Subsecretario de Economía y Finanzas nos anunció claramente que para el mes de diciembre no iban a efectuar ningún pago al Fondo, lo que nos genera muchísima preocupación. Por lo tanto, si hoy la deuda es de una factura, de acuerdo con lo que el Fondo Nacional de Recursos nos ha anticipado que nos va a pagar -además, por primera vez, que es otro de los problemas-, prevemos que estaríamos incrementando el atraso a fines de diciembre. Entendemos que cualquier organización para poder funcionar racionalmente necesita una planificación. En los últimos tiempos es absolutamente imposible trabajar sin una planificación financiera y económica.

Nosotros no sabemos cuándo, cuánto, ni de qué forma nos va a pagar el Fondo. Para que tengan una idea, estábamos a 26 de noviembre y nosotros todavía no sabíamos lo que íbamos a terminar cobrando. El Ministerio de Economía y Finanzas todavía no había volcado el monto para pagar los actos médicos de los pacientes de salud pública. Nosotros tuvimos que intervenir frente al Tribunal de Cuentas y este es un hecho absolutamente constatable. Personalmente, hablé con un Ministro amigo del Tribunal de Cuentas porque la factura había ido allí para su aprobación y nos pidieron que interviniéramos para liberarla y para que el Ministerio de Economía y Finanzas pudiera volcar los recursos, cosa que al final hizo en los primeros días de diciembre.

A esta altura, esta situación para nosotros es absolutamente insostenible. Hemos oído muchísimas veces hablar acerca de esta problemática y pretendemos pelear para preservar el sistema por sobre todas las cosas.

En definitiva, en todo esto hay un gran agente que se debe considerar: el paciente, venga de donde venga. Esta es una de las grandes ventajas o fortalezas que tiene el sistema; cualquier persona del país puede acceder a técnicas de muy alto costo por una cuota mínima o a veces sin cuota como ocurre con los pacientes de salud pública, más allá de que lo pagamos todos los ciudadanos del país. Esto es lo que queremos preservar.

Más de una vez hemos oído hablar acerca de los sueldos que se pagan, de que no ha cerrado ningún IMAE y parecería ser que por eso hay que seguirlos castigando. Consideramos que esto es injusto porque ha habido una particular preocupación por ser eficientes, por prestar una atención adecuada, como la que hoy se brinda en la mayoría de los institutos. Pero se nos castiga con esas cosas y se lo hemos dicho al señor Subsecretario del Ministerio de Salud Pública y a los dos Subsecretarios del Ministerio de Economía y Finanzas, quienes nos dan la razón, nos reciben estupendamente, pero nos dicen que no es posible atender nuestra problemática.

A esta altura, decidimos venir a plantear esta situación a nivel de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes porque, evidentemente, se están comprometiendo aspectos muy

importantes. Hoy, no sabemos cómo vamos a cumplir con los compromisos que tenemos con los proveedores. Estamos recurriendo a líneas de crédito -por cierto, hay muy pocas- que tienen un costo financiero para nosotros, cuando en realidad tenemos dinero para cobrar. Hemos accedido al cobro de una deuda de una forma absolutamente considerada en función de la situación. Por veinticuatro meses, las cuotas que paga el Fondo no tienen ningún tipo de interés; los aranceles están ubicados en el nivel que tenían en el año 1998. Evidentemente -pido disculpas por la expresión-, magia no podemos hacer y, lo que es peor, se está comprometiendo la atención de los pacientes de salud pública, porque nosotros no podemos seguir financiando al Ministerio de Economía y Finanzas, al Estado; es absolutamente imposible, por más voluntad que tengamos. Si bien hasta cierto momento los IMAE pudimos hacer frente a algunas de las situaciones que se dieron a nivel de los pagos del Fondo, de la deuda, etcétera, hoy ya no lo podemos hacer más. Parece ser que eso es lo que no se termina de comprender. Como alguien dijo: "Tendrá que cerrar algún IMAE para que se tome conciencia de que realmente la situación es insostenible". Por suerte, no ha cerrado ninguno, pero no estamos lejos de eso, y lo podemos asegurar. Quienes formamos parte de la Junta Directiva de la Asociación y convivimos diariamente con la problemática de todas y cada una de las instituciones, sabemos perfectamente bien que, con diferencia de matices, hay algunas que están realmente al borde del colapso. Esto significa que al mes de diciembre una buena parte de los dos mil trabajadores no van a poder cobrar su aguinaldo; vamos a incumplir con los proveedores, porque de alguna forma tenemos que trasladar ese desfase del Fondo, y estos nos van a empezar a cortar los insumos.

En definitiva, no podemos seguir asumiendo un costo financiero que además no podemos pagar. Por este motivo, hemos recurrido a esta Comisión para solicitar su intervención frente el Ministerio de Economía y Finanzas y, en cierto modo, ante el de Salud Pública, porque este es, entre comillas, el "dueño" de los pacientes.

Hace más de un mes que solicitamos una entrevista con el Ministro Bonilla, pero todavía no hemos podido tener acceso a él. En cambio, sí mantuvimos una reunión con el señor Subsecretario, a quien le planteamos esta problemática y nos manifestó que iba a hablar con el Ministerio de Economía y Finanzas, pero las soluciones no aparecen.

Nosotros no vinimos aquí pretendiendo soluciones totales y mágicas, sino para que por lo menos se atienda nuestra problemática. Pensamos que al Estado le serviría que los IMAE aceptaran los certificados que están previstos en el Decreto No. 184. Estamos dispuestos a aceptar una parte, pero con papeles no podemos trabajar. Nosotros ya tenemos los vales del Fondo, que los estamos cobrando porque no estamos percibiendo el ingreso mensual habitual. No podemos seguir en esta situación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, el Ministerio de Economía y Finanzas no libera las partidas correspondientes a los pacientes de salud pública. El Fondo recauda por otro lado la cuota mutual. Quisiera saber cómo el Fondo maneja esa otra parte a los efectos de pagar a los IMAE respectivos.

SEÑOR VALLEJO.- El Fondo se nutre de tres aportes: el del Banco de Previsión Social, por los usuarios de DISSE, el de las mutualistas, por la retención que hacen las IAMC por los usuarios del sistema privado y el del Ministerio de Economía y Finanzas por servicios prestados a pacientes de salud pública, no por concepto de cuota Fondo Nacional de Recursos. Por esta razón el Fondo tiene esta problemática, que en parte nos traslada a nosotros. Si el Ministerio de Economía y Finanzas no paga al Fondo, le resta los dineros necesarios para poder hacer frente a todos sus compromisos: los proveedores, los IMAE, el pago a los funcionarios, los honorarios de los profesionales, etcétera.

SEÑOR BIANCHI.- Entonces, hay dos aspectos que están bien. El BPS cumple y también los afiliados individuales a las mutualistas; solo falta el Ministerio de Economía y Finanzas por salud pública.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Qué porcentaje de pacientes de salud pública manejan los IMAE?

SEÑOR VALLEJO.- En términos generales, diría que alrededor de 40%, con matices entre una técnica y otra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, el Fondo está al día con el 60% restante, con referencia a los pacientes privados. ¿Está cumpliendo?

SEÑOR VARELA.- Como bien dijo el señor Vallejo, hay tres grandes rubros de aportes: el del Banco de Previsión Social, la retención de lo que corresponde a las personas que pagan la mutualista y, por otro lado, lo que el Fondo factura al Ministerio de Salud Pública por los actos médicos que se realizan a sus asegurados. El Banco de Previsión Social y la parte privada, las IAMC, con alguna dificultad, están al día y además con un aditamento: si una IAMC se atrasa un minuto el día 10, le cobran multas e intereses, cosa que no ocurre con el Ministerio de Economía y Finanzas, que está más de seis meses atrasado si se contabilizaran esos $ 340:000.000 dividido por una factura promedio, que anda en el entorno de los $ 50:000.000 por mes.

Esta es la situación clave del Fondo, que luego de haber pasado por diversas vicisitudes financieras, económicamente estaría equilibrado. El problema actual del Fondo está en aquellos que no le pagan; o sea que hay un problema financiero. El sector estatal, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, está largamente atrasado y eso provoca el nuevo atraso en los pagos.

Queremos reafirmar un tema que muchas veces no se menciona, pero que también es clave. No hemos perdido las condiciones de calidad asistencial y técnica en el tratamiento de las personas que se atienden en el Instituto de Medicina Altamente Especializado. Hasta ahora, que nosotros sepamos, no ha habido ningún retaceo en ninguna institución, más que los ajustes que relató el señor Vallejo, que son lógicos y naturales frente a una situación de crisis que se está viviendo por lo menos hace tres o cuatro años.

Otro aspecto que queremos reafirmar es que tanto el Fondo como la Asociación han seguido, con dificultades y debates internos y externos -en mi opinión, los primeros son muy buenos; los otros, no-, en el rumbo de solucionar aspectos técnicos, de accesibilidad, de correspondencia, relativos a normas, pautas, procedimientos y resultados de cada técnica que el Fondo cubre.

Hace muy pocos días, prologado por el Ministro de Salud Pública, el doctor Bonilla, y el doctor Bagnulo, Presidente del Fondo Nacional de Recursos, acaba de salir el primer acuerdo de acreditación de un sistema asistencial de la República, que es precisamente el de los IMAE. Delegados de la Asociación de IMAE, técnicos de Salud Pública y del Fondo, acordaron realizar en un par de meses un sistema de acreditación en el rumbo de la calidad, que habla de la norma, de la pauta, de los procedimientos y de los resultados. Esto es muy importante. Es decir que por los aspectos económicos y financieros, que son importantísimos, tampoco hemos detenido la actividad en el otro sentido. Y es la Asociación la que ha llevado ese rumbo de diálogo permanente y de tratar de resolver los problemas. Y bueno, se ha logrado. El tema es que ahora hay una pata -perdón que lo diga así- que está fallando y feo, que es la de financiación de los actos que conciernen a las personas provenientes de Salud Pública. Eso es muy grave.

SEÑOR BIANCHI.- El Fondo ha llegado a un equilibrio después de los problemas que ha tenido. El tema es que hay US$ 12:000.000 de economías que falta pagar; es mucho dinero pero en el volumen tampoco es tanto. Ustedes no están pretendiendo que se les pague al contado sino que, por lo menos, se haga un acuerdo que se cumpla; que se pague, por ejemplo, US$ 1:000.000 por mes para cubrir lo atrasado y que después vayan cumpliendo.

SEÑOR VALLEJO.- Estamos dispuestos a aceptar -así se lo manifestamos al señor Subsecretario de Economía y Finanzas- parte en certificados previstos en el Decreto Nº 184. En resumen: lo que está ocurriendo es que entre los IMAE y los usuarios del sistema privado estamos habilitando la atención de los pacientes de Salud Pública y llega un momento en que eso es absolutamente imposible de mantener. No nos parece justo ni bueno que debamos llegar a situaciones en las que, desgraciadamente, se comprometa la atención de los pacientes. Eso es lo que hemos tratado de evitar con todas estas conversaciones, pero como le dijimos al señor Subsecretario, parecería que hasta que uno no plantea las cosas en los extremos nadie le presta atención, que si no se ha llegado a los extremos es porque todavía la cosa es viable y hay algún resto.

Nosotros queremos advertir con total franqueza que la situación de los IMAE hoy es muy distinta. Vivimos en un Uruguay que no es el mismo que el de hace ocho o diez años atrás. Todo aquello que se dice de que los IMAE tiran manteca al techo no existe; eso no es de este país. Debería hacerse un esfuerzo para preservar instituciones que nunca han pedido nada al Estado, que han hecho las inversiones en forma absolutamente privada, que han estado al día con todas sus obligaciones, con los trabajadores, los médicos, los proveedores

y el Estado, porque si no pagamos, por ejemplo, al BPS, automáticamente tenemos una multa, con recargos por mora, etcétera.

Lo que pedimos es que se apunte a preservar un sistema que hoy funciona y que no se lo deje caer en la bolsa de las cosas que se transforman en ineficientes, porque todo esto a la larga afectará la calidad de los servicios, y eso es lo que no queremos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de los representantes de la Asociación de Institutos de Medicina Altamente Especializada. En los próximos días veremos de qué manera podemos hacer gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas a efectos de obtener alguna respuesta y los mantendremos informados.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación de Institutos de Medicina Altamente Especializada)

(Ingresa a Sala una delegación del Sindicato Médico del Uruguay)

La Comisión tiene mucho gusto en recibir a una delegación del Sindicato Médico del Uruguay, integrada por los doctores Roberto Mantero, Gustavo López y Alberto García, que ha sido convocada en respuesta a una solicitud hecha el 2 de diciembre referida al incumplimiento del acuerdo que fuera refrendado en setiembre del 2003.

SEÑOR MANTERO.- Agradecemos que nos reciban. Lo que motiva esta solicitud es el invalorable apoyo que nos ha dado la Comisión en el largo y duro conflicto que hemos mantenido. Acudimos a ustedes porque, lamentablemente, no se ha cumplido con lo pactado, por más de un motivo.

Se había acordado la formación de una Comisión para el seguimiento del conflicto, de una Comisión para el cambio de modelo y de una Comisión con vistas a la regularización de los cargos en Salud Pública. Pero esto se empantana desde el momento en que en la primera Comisión, la del seguimiento del conflicto, no podemos llegar a un acuerdo, en primer lugar porque la delegación del Ministerio -fundamentalmente algún integrante- manejó esto en una forma que, a nuestro entender, no es la que corresponde a una paritaria. A nuestro juicio, en una paritaria ambas partes se sientan en torno a una mesa en pie de igualdad, mientras que acá siempre hubo un manejo que pretendió -no lo permitimos- ser un tanto despótico. Eso llevó a que no se pudiera llegar a nada y a que se empantanara lo que venía después. Evidentemente, al no poder arreglar el tema de los descuentos -que era lo que había que saldar en primer lugar-, no pudo entrar en funcionamiento la Comisión de regularización, que para nosotros es fundamental.

Siempre hubo problemas; esto siempre fue difícil de manejar y lo que es peor, la delegación del Ministerio suspendió una reunión que estaba pactada sin decirnos por qué; sólo nos dijeron que nos iban a avisar nuevamente. En el ínterin hay incumplimientos, se descuenta de cualquiera manera, no se paga el aumento a gente que le corresponde y, en definitiva, no se puede seguir conversando porque interrumpen el diálogo. El Sindicato Médico del Uruguay insiste varias veces a través de su Presidente. El Subsecretario le dice en una oportunidad que le va a contestar cuando vuelva de Chile y eso no sucede. El Sindicato Médico del Uruguay vuelve a insistir y se nos dice que es el primer tema que tienen agendado, pero no llega la citación.

Frente a estas irregularidades y al incumplimiento del convenio venimos a ver en qué puede interceder la Comisión. Si hubiera incumplimientos por error, se podría conversar, pero no se puede hacer porque cortaron el diálogo; eso es lo más grave.

SEÑOR GARCÍA.- Concurrimos por resolución de la Asamblea General del gremio que se reunió y analizó la situación con el Ministerio de Salud Pública; no podemos hablar de negociación porque las reuniones han sido interrumpidas por decisión unilateral.

Cuando se inició el conflicto, el Sindicato Médico del Uruguay entendió muy adecuada la participación de esta Comisión, que fue fundamental en la resolución del conflicto, y estamos agradecidos. Hoy venimos a denunciar este incumplimiento que tiene varios aspectos: la mala aplicación de los descuentos -tema que estaba para ser negociado-, la aplicación incorrecta de los aumentos -algo que estaba acordado- y, fundamentalmente, la actitud de las autoridades del Ministerio de Salud Pública con el Sindicato Médico del

Uruguay, que es a lo que me quiero referir. Es una actitud desprolija, demuestra falta de respeto a una institución gremial que ha brindado todo su esfuerzo y su aporte en pos de la salud pública, y que aun en los momentos más difíciles del conflicto pasado mostró una responsabilidad fundamental a la hora de mantener la asistencia en los mejores términos posibles, teniendo en cuenta la situación.

Sentimos que se nos destrata, y voy a dar nombres. Además de la delegación del Sindicato Médico del Uruguay integrada algunos días por su Presidente y el doctor Mantero y en otras oportunidades también por quien habla, a las reuniones habitualmente concurren o empezaron a concurrir por el Ministerio el contador Pesce y, fundamentalmente, el doctor Leonardo Rizzi, que ha sido el portavoz y, a su vez, el portador por parte del Ministerio de todas esas malas actitudes con el Sindicato Médico del Uruguay. Debemos inferir que el Ministro de Salud Pública está enterado de esto, porque no dejaría actuar a nombre del Ministerio a una persona que, aparentemente, pretende hacer pagar al Sindicato Médico del Uruguay el hecho de que el conflicto haya tenido un gran respaldo de la población y de que se hayan logrado algunos objetivos largamente esperados y muy justos, por otra parte.

De manera que lo que venimos a denunciar es la actitud de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, no directamente del Ministro porque éste no ha participado en las pocas reuniones que se han realizado, sino del doctor Rizzi, que fue su representante en esa reunión. De manera que debemos asumir que el Ministro está enterado. Esto fue denunciado en la Asamblea del Sindicato Médico del Uruguay en dos instancias: cuando se trataron temas del mutualismo y en la reunión del 5 de diciembre pasado, en la que se analizó la marcha de las negociaciones con el Ministerio de Salud Pública. Poco pudieron decir nuestros representantes porque muy poco se había avanzado, especialmente por esa actitud casi de destrato para con los delegados del Sindicato Médico. Esa actitud irresponsable de algunos voceros del Ministerio de Salud Pública dificulta las cosas, luego de un conflicto que fue muy difícil y que puede volver a instalarse, porque sigue la situación de crisis en la salud, tanto en la pública como en la privada; está en un hilo porque sigue habiendo carencias de todo tipo en los hospitales.

Desde el punto de vista de la política de los recursos humanos, este aumento de $ 1.500 nominales para los médicos -que queda en aproximadamente $ 1.200- solo hace que se recupere parte del poder adquisitivo de 1992. Es decir que equivale a un salario sumergido de 1992 o 1993, según las estadísticas del Sindicato Médico. Esto no ha significado un aumento real por encima de lo que se tenía en aquella época. Sigue siendo, por lo tanto, un salario muy sumergido.

A esto se suma que los médicos sufren descuentos mensuales importantes, tema que estaba para ser negociado. Los señores Diputados saben que cuando se conversó en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, antes de que se llegara al acuerdo definitivo, se prometió tener muy en cuenta esto, pero el aumento empezó a regir el 1º de octubre, cuando se había reclamado y aceptado a partir del 1º de setiembre. Allí había una diferencia que los Ministerios de Salud Pública, de Economía y Finanzas y de Trabajo y Seguridad Social quedaron contestes en que iba a servir como base para negociar menores descuentos, contemplando en algo la situación.

El Sindicato Médico no pretende que no se nos descuente por haber parado, porque nuestro instructivo médico establece que la atención se brinda en las situaciones de urgencia, emergencia e internación, pero que no se marca tarjeta. Desde el punto de vista administrativo los médicos no estuvieron a disposición de las autoridades; así lo determina el reglamento de paro del Sindicato Médico. Pero en una negociación en que ambas partes ponen todo de sí para llegar a un acuerdo -al que generalmente se accede por el medio-, esto tenía que tenerse en cuenta. Sin embargo, no fue así.

En síntesis, hubo una mala actitud para con los delegados del Sindicato Médico -incluyendo a su Presidente-, que es lo que ha detenido las negociaciones, personalizada en el doctor Rizzi y en los demás que lo dejan hacer, debemos entender. De manera que la asamblea del Sindicato Médico, reunida hace unos días, insistió en denunciar todas estas cosas y en solicitar la renuncia del Ministro de Salud Pública por entender que ya no se contaba con interlocutores válidos y respetables a la hora de establecer contactos.

Reitero que el Sindicato Médico ha dado todo de sí durante y después del conflicto para actuar en forma constructiva por la Salud Pública, más allá del Ministro de turno, de los Secretarios y de todos aquellos que quieran cobrarle cuentas de alguna manera. Hay intereses mucho más grandes en juego como para permitir que en un lugar de algún Ministerio transite alguna persona que quiera cobrar cuentas al Sindicato Médico.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la nota que en su oportunidad nos enviaron con respecto a las gestiones que la unanimidad de la Comisión realizó durante aquel grave conflicto. Si bien nosotros intentamos canalizar el conflicto, a la hora del acuerdo fuimos excluidos, como ustedes saben. De modo que nosotros no estamos en conocimiento del convenio que se firmó y les solicitamos que nos lo hagan llegar. Pese al esfuerzo que hicimos, no estuvimos refrendando ni fuimos garantes porque esta Comisión -reitero- fue excluida.

De cualquier manera, nos hacemos eco de la preocupación que ustedes tienen frente al incumplimiento.

Por otra parte, según tenemos entendido, este incumplimiento del convenio comprende no solamente al sector médico sino también al no médico. Es decir que este problema estaría planteado no solo a nivel del Sindicato Médico del Uruguay, cuyos representantes nos están haciendo el planteo en este momento; todavía no nos ha llegado de la Federación Médica ni de los funcionarios de Salud Pública ningún planteamiento. En ese sentido, quiero saber si el no cumplimiento de este convenio es global para los tres sectores o solamente comprende al que representan quienes nos visitan.

SEÑOR MANTERO.- En cuanto a la Federación, no puedo decir en qué anda la cosa; ellos estaban conversando, las negociaciones siguieron. Habría que consultar a la gente de la Federación, porque nosotros solo sabemos que siguen negociando.

La FEMI estaba mucho más cerca que nosotros en cuanto al acuerdo con el Ministerio. En esa última reunión nos dividimos un poco -no como en un enfrentamiento- porque las posiciones eran distintas. La FEMI aceptaba que los descuentos se hicieran, como planteaba el Ministerio, a la gente que trabajó en policlínica y no a los demás médicos que también habían intervenido en el conflicto. El Sindicato Médico no hacía tanto énfasis en los descuentos; si no lo acordamos fue porque nunca pudimos llegar a ponernos de acuerdo. El monto y la forma del descuento hubiera sido lo menos importante; estoy seguro de que hubiéramos llegado a un acuerdo. No nos poníamos de acuerdo porque considerábamos que era una actitud totalmente divisionista de parte del Ministerio de Salud Pública pretender descontar solo a los médicos de policlínica y no a los otros que intervinieron en el conflicto. Es cierto que los demás médicos fuimos a trabajar, que atendimos la sala y la emergencia, pero fue simplemente por no dejar a la población sin cobertura médica, aunque no firmábamos y éramos conscientes de que estábamos haciendo paro; nosotros nos considerábamos en huelga.

Hay que tener en cuenta que no es lo mismo una huelga en la industria del caucho que en la salud; en una fábrica, se para y se acaba el partido, pero a nivel de la salud no podemos detener la atención médica. Esa diferencia que el Ministerio quiso establecer fue en un afán totalmente divisionista; fue muy inteligente de su parte porque se previó que en otro conflicto la situación iba a ser igual: que la emergencia y el enfermo internado iban a ser atendidos. De esa manera los médicos de policlínica, con mucha razón, podrían decir: "A nosotros nos descuentan y a ustedes no; entonces, no hacemos el conflicto". No digo que lo fueran a hacer, pero es evidente que esto estaba en la mente de las autoridades del Ministerio al tratar de hacer esta división, porque nada costaba prorratear el descuento. Ni siquiera estamos pidiendo que no nos descuenten sino negociar. Entendemos que el no descuento podía haber quedado saldado, ya que pagaron setiembre sin el aumento; esta era una manera de pagar el descuento. Aun así, estábamos dispuestos a aceptar algún descuento más; reitero que la cifra no era el mayor problema. El asunto era la inequidad, que tiene un fundamento bastante perverso: dividir a los médicos. Nosotros dijimos que no estábamos dispuestos a dividir a los médicos. La FEMI no lo entendió de la misma manera, aunque yo no sé si firmaron o no un acuerdo. Ese no era el motivo fundamental de rispidez, que sí se daba a nivel del Sindicato Médico. Lo que no gustó al doctor Rizzi y al Ministerio en general fue nuestra actitud decidida de no dejarnos dividir.

SEÑOR GARCÍA.- En función de las palabras del señor Presidente, quiero aclarar que la Comisión no fue excluida del acuerdo por culpa del Sindicato Médico. Eso debe constar a sus integrantes, porque en todo momento les hicimos saber la importancia que para nosotros tenía que los Representantes del pueblo trataran de resolver este tema de enorme sensibilidad y gravedad para la población. En ese sentido, nuestra conducta siempre fue coherente. Pero el Poder Ejecutivo cambiaba de interlocutores a cada rato, y se llegó a instancias en las cuales se pretendió dividir a los trabajadores mediante diversas tácticas. Se alentaba mucho que el Sindicato Médico interrumpiera las medidas antes que la Federación -nuestra negativa molestó mucho a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y del Gobierno-, como si la defensa de la salud pública fuera patrimonio de un solo gremio.

Yo creo que eso se lo van a tener que sacar con peine fino: los trabajadores médicos y no médicos estamos muy unidos en la defensa de intereses comunes, más allá de que se trata de gremios distintos, con características diferentes. Hay intereses muy importantes que nos unen: la salud pública en general, la situación de los recursos humanos en particular y lo que hace a aspectos como el salario y las condiciones de trabajo, que son iguales de malas para ambos gremios. Luego de un conflicto tan difícil y tan peligroso, detener ahora las negociaciones es una actitud miope del Ministerio que solo exacerba los ánimos y genera mayores problemas.

Creo que el Ministerio hace una evaluación equivocada de lo que nosotros llamamos la reconstrucción de la salud pública, y me voy a referir especialmente a un punto. La regularización de cargos planteada en el acuerdo es fundamental; es tan importante como lo del salario. La Comisión recibió información y participó activamente, por lo que sabe la enorme dificultad laboral de muchos colegas que trabajan como suplentes fijos. Al Ministerio no le gusta esta denominación y nos dicen que esa situación no existe. Pero así como el sol no se puede tapar con la mano, la realidad no se puede ocultar. Podemos denominarla de distinta manera, pero hay médicos que hace cuatro, cinco y diez años que son suplentes; que ellos los llamen como quieran; nosotros los denominamos suplentes fijos para saber de qué estamos hablando.

Esos compañeros vieron en este conflicto, a través de algunas reivindicaciones, la posibilidad de que se regularizara su situación. Los integrantes de la Comisión recordarán que este tema se trató muchas veces aquí. La interrupción de las negociaciones deja sin efecto esa aspiración, ya que los delegados del Sindicato Médico, de FEMI y del Ministerio de Salud Pública no nos reunimos ni una sola vez para tratar ese tema.

Hace pocos días el Ministerio salió con un concurso para médicos especialistas, para contratos 410, creo que para el SAE. Durante una semana las autoridades estuvieron diciendo que por fin había un llamado a concurso de oposición y méritos, como debía ser en el Ministerio de Salud Pública. Por supuesto que el Sindicato Médico no puede ver mal esto. Lo que sí vemos mal es que se ponga la carreta delante de los bueyes, porque los concursos están dentro de la etapa de regularización de toda la carrera funcional, algo que está pendiente. No se pueden tapar las omisiones que al respecto hasta ahora ha habido en el Ministerio, porque dejó de cumplir la Ley de Salud Pública hace muchos años.

Entonces, hay que buscar mecanismos inteligentes y acordados para resolver la injusticia que existe. Por supuesto, hay que apostar al ingreso por concurso, en eso estamos de acuerdo.

Se usa una bandera casi que prestada, porque el Sindicato Médico y todos los gremios mantenemos la denuncia sobre el no cumplimiento de la ley de Salud Pública desde hace más de veinte años. Sin embargo, cuando llegamos a una instancia en que se plantea la regularización de cargos y funciones en el Ministerio -no para resolverlo antes de las fiestas sino para dejar planteadas soluciones que se puedan ir tomando a través de actos administrativos y durante el próximo Gobierno-, se corta el diálogo; representaba todo un profundo análisis del tema, una base de datos que permitiría a las próximas autoridades -a través de la Ley de Presupuesto y las sucesivas Rendiciones de Cuentas- ir regularizando esta situación. Ese es el tema que pensábamos retomar con fuerza ahora, ya que es muy importante para el sindicato porque hay 4.024 médicos registrados en Salud Pública y diría que casi todos están en una situación muy irregular desde el punto de vista de su ubicación en el escalafón y de su titularidad o interinato. ¡Si habrá que trabajar en eso! Por ello lo veíamos con tanta expectativa. No pretendíamos resolver todo sino comenzar seriamente un proceso dirigido a resolver este asunto.

Reitero que de esta forma no se puede trabajar, menos aún cuando hay determinadas actitudes de personajes que están trabajando en el Ministerio y que están contra los médicos, poniendo en juego cosas muy importantes. Sobre esto era que queríamos alertar.

SEÑOR LÓPEZ.- Antes que nada, como integrante del Ejecutivo, debo excusar al doctor Carámbula ya que le ha sido imposible llegar. Asimismo, debo trasmitirles una situación que para nosotros es realmente grave. Cinco días atrás hubiéramos dicho que era gravísima y hoy no deja de serlo.

El tema central es el informe al núcleo de base de los médicos del Banco Hipotecario sobre la posibilidad del cierre de su Servicio. Para el Sindicato Médico esto es harto grave; si bien hay resolución de asamblea posterior a los conflictos mutuales por la estabilidad del sistema que se cae y no se levanta y no pretendemos que alguien pierda el servicio, esto no pasa simplemente por cuántos colegas puedan quedar sin servicio.

Para el Sindicato Médico esto se sitúa en el marco de un servicio que tiene sesenta y cuatro años de existencia y que fue una conquista de los trabajadores en 1940. Si bien luego de que se comunicó el posible cierre del servicio -digo posible, pero no se dijo así sino que se habló de cierre- la situación se destrabó ligeramente debido a la última reunión que tuvimos con el Vicepresidente del Banco, esto no pasa por la cantidad de colegas que mañana puedan tener dificultades de trabajo sino por una política diferente que al Sindicato Médico le preocuparía ostensiblemente; se trataría de una política un tanto diferente a la que venimos manejando y no la vamos a permitir; vamos a intentar denunciarla en función de que han sucedido varias alteraciones.

En primer lugar, esta situación no tiene aval parlamentario.

En segundo término, existe un minucioso trabajo de los colegas del Banco Hipotecario que se ha entregado al Directorio en el cual se demuestra que, en función del trabajo, se ha mejorado la calidad de la asistencia en forma notoria. No lo tengo aquí, pero lo haremos llegar a la Comisión. Es un trabajo minucioso en el cual se señala que la asistencia del Banco en los tres niveles ha intentado la mejora en la calidad del servicio, la compra de medicamentos y el desarrollo del nivel asistencial. No estamos hablando de una policlínica barrial sino de una cosa orgánica, constituida y con toda una historia para y por sí misma. A su vez, hay todo un movimiento de usuarios preocupados por lo mismo porque han conseguido en torno al Banco un nivel de asistencia harto satisfactorio para las opciones que tendrían.

Este tema, que viene en carácter de informe, va a requerir un pedido específico del Sindicato Médico a la Comisión, dado que el jueves después de la reunión que tuvimos con el Presidente del Banco se nos ha dado la posibilidad de un planteo alternativo en un plazo de noventa días en el cual el Sindicato se expedirá. No tomamos esto como una disminución de la calidad ni de la trascendencia que tiene el tema sino como una receptividad del Sindicato Médico y la posibilidad de hacer un planteo alternativo. Tampoco cambia para nada el sombrío panorama que se ha planteado a los funcionarios.

El planteo alternativo del Sindicato Médico se va a realizar, entre otros, conjuntamente con ustedes porque, reiteramos, entendemos que este no es un agravio importante a una policlínica barrial sino a una estructura del país que se ha logrado con el sacrificio y el sudor de muchísima gente; además, los usuarios que obtienen atención allí son numerosos.

Vamos a estar muy cerca de ustedes porque consideramos que este cierre generaría una grave situación.

SEÑOR TRIVEL.- ¿Cuál es el número de los funcionarios médicos del Banco Hipotecario? ¿Cumplen una función asistencial o meramente de certificaciones?

SEÑOR LÓPEZ.- El número no lo tengo aquí, pero lo haremos llegar; sí podemos señalar que la función que cumplen es asistencial y de certificación.

SEÑOR TRIVEL.- ¿Los funcionarios del Banco tienen cubierta la parte asistencial a través del mutualismo o de otro mecanismo?

SEÑOR LÓPEZ.- No.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Lo que plantea el Sindicato Médico incluye la problemática vinculada a los médicos incentivados y el incumplimiento del convenio?

SEÑOR MANTERO.- Hay una cantidad de temas que, debido a la premura, no quedaron resueltos; si hubiéramos seguido negociando, se podría haber conversado. De ahí la gravedad del corte unilateral.

El tema de los incentivados es el siguiente. Se entendía que por cualquier forma de contrato, si se excedía determinada cifra, el aumento no correspondía; sin embargo, ahí surgía el famoso arrastre. La cifra era de $ 4.500, pero había que hacer un sistema de franjas para que el que estaba ganando más no quedara ganando menos. Es decir que el arrastre podía haber llegado a los $ 6.000 para que todo el mundo quedara parejo. Evidentemente, esos eran aspectos que había que afinar, pero no se pudo porque esta gente cortó el diálogo. Superada determinada cifra, no correspondían los incentivos. El sindicato no reivindica eso porque quedaba

claro que se reclamaba sobre el básico de $ 4.500 con los arrastres correspondientes, pero no si se excedía esa cantidad. Ocurre que hay casos discutibles.

En primer lugar, el término "incentivado" es espantoso. El Sindicato Médico siempre lo vio mal aunque no hubo más remedio que aceptarlo porque era la única manera de que algunos colegas pudieran ganar un poquito más. Sin embargo, no creemos que a un médico haya que incentivarlo para que haga las cosas como debe. Pero el problema es el siguiente: en algunos casos se podría considerar el incentivo o sobresueldo y es cuando una persona, por el mismo cargo y la misma carga horaria, recibe determinada suma. Ahí no hay nada que protestar; al excederse esa cifra, no corresponde el aumento. Sin embargo, otros compañeros tienen dos cargos, uno por la Comisión de Apoyo -por la cual perciben un dinero- y otro por Salud Pública. Entendemos que en este caso sí corresponde el aumento, aunque no sobre la parte que se recibe de la Comisión de Apoyo. Si se considerara de ese modo, mañana habría que excluir del aumento a los compañeros que trabajan en el mutualismo al sumarse el sueldo que allí perciben. Es claro que el sueldo que se recibe por Comisión de Apoyo, según la interpretación del Presidente de la República, queda en el ámbito del derecho privado y que esos funcionarios no se consideran estatales. Creemos que -esto había que discutirlo en la Comisión, pero fue imposible- no cuentan los cargos que tengan otros compañeros con otro horario y otro lugar de ejercicio dentro del Ministerio de Salud Pública por la Comisión de Apoyo. Lo que importa es el sueldo que se percibe por Salud Pública. Si se cumplía con las condiciones necesarias, correspondía el aumento.

Entonces, si el incentivo se suma en el mismo cargo, aunque no sea un sueldo dado por Salud Pública, no corresponde el aumento; en cambio, si se trata de dos cargos con horarios distintos, en el de Salud Pública corresponde el aumento. Íbamos a seguir conversando sobre eso, pero no se puede hablar con quien no quiere hacerlo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Veamos si comprendí bien. El año pasado hubo un conflicto con los llamados médicos incentivados o aquellos que cobraban por las Comisiones de Apoyo y se laudó con pautas de aumento. Ese convenio tenía vigencia por un año y ahora se está negociando uno nuevo. La información que tenemos es que no ha habido acuerdos al respecto. Mi pregunta es si la situación de los médicos que están negociando una nueva fórmula por ese convenio que ha vencido y la del conflicto de Salud Pública por el no cumplimiento de este convenio es diferente, es decir, si estamos hablando de dos cosas diferentes.

SEÑOR MANTERO.- Quiero precisar que en el único tema en que estamos tratando el asunto de los incentivos es en el que yo señalé, relativo al aumento que se otorgó luego del conflicto largo.

SEÑOR GARCÍA.- Prácticamente, estamos en una situación de preacuerdo, aunque todavía no se ha llegado a dilucidar el problema. Recordarán que la fórmula para regular el aumento después de vencido el contrato implicaba un porcentaje del IPC. Actualmente, se ha llegado a un valor que sería aceptado. En estos días, habrá reuniones de las sociedades científicas para ultimar detalles pero, aparentemente, se habría encauzado un preacuerdo que estaría en un término medio entre el 3% que ofrecía el Poder Ejecutivo y el valor del IPC ajustado. Cuando tengamos más información, se la proporcionaremos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quedó claro que se trata de dos situaciones distintas.

Agradecemos su colaboración. Estaremos atentos a la información que nos hagan llegar sobre el Servicio Médico del Banco Hipotecario. Veremos qué gestiones podemos hacer en torno al tema más importante que han planteado aquí -el no cumplimiento del convenio que se logró a la salida de ese grave conflicto- y les mantendremos informados al respecto.

Se levanta la reunión.